



SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS METHADONE DE 1994

**Evaluation des recommandations formulées en 1994 et propositions
complémentaires**

Edition novembre 2000

Conseil Supérieur d'Hygiène

Sous-Section I.1 Assuétudes - CSH: 6931

1) Composition de la section I « Maladies de Civilisation » du Conseil Supérieur d'Hygiène

Président :

I. PELC

Membres :

P. HOOFT
A. NOIRFALISE
R. VANDER STICHELE
J. WILLEMS
B. FISCHLER

Secrétariat scientifique :

PH. CORTEN
Y. LEDOUX
P. STEINBERG

Secrétariat administratif :

I. DEWILDE

2) Correspondance:

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de
l'Environnement
Conseil Supérieur d'Hygiène

Adresse: Quartier Esplanade 718 – C.A.E.
Bld. Pacheco 19 bte 5
B-1010 BRUXELLES

Fax: 02/210.64.07

TABLE DES MATIERES

COMPOSITION DE LA SECTION I « MALADIES DE CIVILISATION » DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE

1. RESUME **2. SUMMARY**

3. PROPOSITIONS D'ADAPTIONS AU TEXTE DE LA «CONFERENCE DE CONSENSUS METHADONE» DE 1994

4. PROPOSITIONS COMPLEMENTAIRES AU TEXTE DE LA « CONFERENCE DE CONSENSUS METHADONE »

- 4.1. Propositions complémentaires concernant la pratique individuelle
- 4.2. Propositions complémentaires concernant les relations entre praticiens
- 4.3. Propositions complémentaires concernant les systèmes d'enregistrement

5. LISTE DES PARTICIPANTS AU « SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS » (MEMBRES OFFICIELS OU PERSONNES INVITEES)

6. FEDERATIONS BELGES TRAVAILLANT DANS LE CHAMP DE LA TOXICOMANIE.

1. RESUME

Le " Suivi de la Conférence de Consensus Méthadone " (1994) organisé par la Sous-Section 1.1. " Assuétudes " du Conseil Supérieur d'Hygiène (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement) a réuni près d'une centaine d'experts entre 1997 et 1999 pour faire le point sur la situation actuelle du traitement de substitution de la toxicomanie en Belgique. L'efficacité thérapeutique de la Méthadone est confirmée. La réduction de la consommation d'héroïne du patient, du recours à l'injection, de la contamination par le virus du SIDA (HIV), de la mortalité, représentent des gains majeurs obtenus par le traitement de substitution, attestés par l'expérience acquise des praticiens belges. De légers aménagements au texte de la " Conférence de Consensus " ont été adoptés ainsi que des recommandations pour consolider, dans l'intérêt du patient, de son entourage et de la communauté en général, les acquis de cette orientation thérapeutique, tant du point de vue de la pratique thérapeutique, des relations entre praticiens que de l'évaluation. Il est recommandé de débiter le traitement avec un dosage de Méthadone de l'ordre de 30 mg/jour, de vérifier son effet chez le patient et d'éviter, au moins au cours des six premières semaines, de prescrire des doses à emporter. Le traitement de substitution ne concerne que l'utilisation de Méthadone ou de Buprénorphine et il est formellement proscrit de recourir à des psychotropes aux effets paradoxaux chez les toxicomanes, tels le Flunitrazepam (Rohypnolâ ou le Vesparaxâ). Une information du patient et de son entourage sur les risques encourus par une ingestion accidentelle de Méthadone doit toujours

être donnée par le praticien. Une durée moyenne ou longue du traitement de substitution est nécessaire pour que se développe l'évolution positive attendue, et le praticien veillera à affermir la compliance thérapeutique du patient.

En ce qui concerne les relations entre praticiens, tout ce qui favorise leur formation continuée et leurs échanges (intervision, réseaux, forums) doit être soutenu activement par les autorités publiques.

Le rôle de première ligne du pharmacien d'officine contribue aussi à l'évolution positive du traitement de substitution ; notamment comme relais indispensable entre le praticien, le patient et la communauté.

Enfin, l'évaluation en continu des pratiques ne peut être réalisée de façon efficace sans la mise en place ou le renforcement de systèmes d'enregistrements auxquels les différents intervenants professionnels (médecins, pharmaciens, centres spécialisés) doivent participer en transmettant, selon une forme à élaborer en concertation, les données essentielles, dans le respect de la vie privée du patient.

2. SUMMARY

Follow-up of the " Consensus Conference on Methadone "

The follow-up of the " Consensus Conference on Methadone" (1994) has been organised by the Sub-Committee on Addiction of the Hygiene Health Council (Social Affairs, Public Health and Environment Ministry). About one hundred experts between 1997 and 1999 discussed the state of Art of Methadone substitution treatment in the light of recent developments in Belgium.

Therapeutical efficiency of Methadone was reassessed.

Reduction of heroin use (intravenous), spread of the HIV virus and mortality, are the major results generally attested by all Belgian practitioners through their professional experience.

Some minor changes only have been brought to the original text of the " Consensus Conference " and recommendations have been issued to strengthen the development of this therapeutic orientation in the interest of the patient, his surroundings and the Community in general. These recommendations focus on therapeutical practice, relationships between practitioners and evaluation. It is recommended to start treatment with a Methadone dosage of

about 30 mg/day, to check the effect on the patient and not to prescribe take home dosages at least during the first 6 weeks. Substitution refers only to the use of Methadone or Buprenorphine and it is forbidden to resort the psychotropics with unwanted effects on addicts such as Flunitrazepam (Rohypnolâ or Vesparaxâ). The patient and his environment should always be informed about the risks of accidental use of Methadone. A medium or long period of treatment is necessary for a positive evolution and the practitioner should strengthen therapeutic compliance of his patient.

What concerns relationships between practitioners, all processes promoting their training and their sharing of experience (Networks, workshops, ...) should be actively promoted by public authorities. The front role of the local pharmacist is also an asset in the development of a positive evolution of the patient, for example as a " gate keeper " between the practitioner, the patient and the community.

Lastly, the continuous evaluation of therapeutical practices can only be efficient with a parallel development of recording systems through the voluntary participation of all concerned professionals (doctors, pharmacists, specialised treatment settings) by handling out relevant data in a concerted way, in due respect of the patient's privacy.

3. PROPOSITIONS D'ADAPTION AU TEXTE DE LA « CONFERENCE DE CONSENSUS METHADONE » DE 1994

De manière générale, l'évaluation faite entre 1997 et 1999 des recommandations de la Conférence de Consensus sur la Méthadone

(1994) indique que :

- Dans l'ensemble, les recommandations ont été correctement suivies.
- Certaines recommandations se sont avérées cependant difficilement applicables.
- Depuis la conférence de consensus, l'accès au traitement de substitution est plus aisé et l'implication des médecins individuels dans la prise en charge de patients toxicomanes est facilitée.

Sur base de l'ensemble des auditions des parties en présence, des analyses complémentaires effectuées sur des données recueillies, d'enquêtes ponctuelles présentées par des participants, d'éléments bibliographiques belges et internationaux, il est proposé les adaptations suivantes au " Rapport du Jury " daté du 12 octobre 1994, constituant les conclusions ou recommandations de la Conférence de Consensus du 8 octobre 1994 sur le Traitement de Substitution à la Méthadone.

On trouvera dans les tableaux suivants:

Dans la colonne de gauche, l'énoncé des questions, des sections et sous-sections, du texte de Consensus de 1994 et, en-dessous, les réponses.

Dans la colonne de droite les énoncés des questions, des sections et sous-sections, telles qu'analysées par le groupe d'experts en 1998 (ces questions sont les mêmes que celles de 1994, à une exception près : la question 1. Qui devient " La Méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne *et aux autres opiacés* ? Sur quels paramètres agit-elle ? ") ainsi que les modifications des réponses. Si aucune modification n'a été apportée, il a été noté " idem ".

-	Texte de consensus 1994	-	Nouveau texte après modification (uniquement si modification) 1999
1.	La Méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne ? Sur quels paramètres agit-elle ? <ul style="list-style-type: none">• <i>La Méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne</i>	1.	La Méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés ? Sur quels paramètres agit-elle ? <ul style="list-style-type: none">• <i>La Méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés</i>
1.1	Effets sur la consommation d'héroïne. <ul style="list-style-type: none">• <i>Le traitement à la Méthadone réduit la consommation d'héroïne et le recours aux injections.</i>	1.1	Effets sur la consommation d'héroïne et des autres opiacés <ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i>



1.2	Effets sur la santé Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none">• <i>réduit la mortalité associée à l'héroïnomanie.</i>	1.2	Effets sur la santé Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i>
-	Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none">• <i>réduit le risque de contamination par le virus du SIDA (HIV) et les hépatites B et C.</i>	-	Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i>
1.2	Effets sur la santé (suite) Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none">• <i>ralentit le développement de la maladie chez les patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV.</i>	1.2	Effets sur la santé (suite) Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none">• <i>Les experts consultés ayant exprimé des réserves, nous proposons de supprimer ce point dans l'attente d'une confirmation scientifique</i>
-	Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none">• <i>Améliore la compliance thérapeutique des patients héroïnomanes séropositifs pour le HIV.</i>• <i>Facilite le dépistage et les stratégies d'éducation à la santé.</i>	-	Le traitement à la Méthadone <ul style="list-style-type: none">• <i>Améliore l'état général du patient héroïnomanie</i>• <i>idem</i>
1.3	Effets sociaux et professionnels : <ul style="list-style-type: none">• <i>Le traitement à la Méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et à une réduction des activités délinquantes.</i>	1.3	Effets sociaux et professionnels : <ul style="list-style-type: none">• <i>Le traitement à la Méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socio-professionnelles et à une réduction des activités délinquantes induites par la toxicomanie.</i>
2	Quelles sont les indications, les contre-indications et les limites d'un traitement à la Méthadone ?	2	Quelles sont les indications, les contre-indications et les limites d'un traitement à la Méthadone ?
2.1	Indications <ul style="list-style-type: none">• <i>Le traitement à la Méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple).</i>	2.1	Indications <ul style="list-style-type: none">• <i>Le traitement à la Méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne et aux autres opiacés-agonistes puissants, état de dépendance reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires</i>



	<ul style="list-style-type: none">• <i>Sauf exceptions documentées et réservées à des prises en charge spécifiques ou exigeant des compétences particulières, le patient doit avoir 18 ans au moins et des antécédents certains de dépendance depuis plus d'un an.</i>• <i>La notion de dépendance inclut la notion d'échec de tentatives spontanées ou encadrées de sevrage.</i>		<p><i>par exemple).</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i>• • <i>idem</i>
2.2	Contre-indications <ul style="list-style-type: none">• <i>Il n'y a pas de contre-indication. Les morbidités psychiatriques éventuellement associées (alcoolisme, polytoxicomanies, dépression, psychose...) doivent faire l'objet d'un traitement spécifique.</i>• <i>La grossesse ne constitue pas une contre-indication</i>	2.2	Contre-indications <ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i> • <i>idem</i>
2.3	Limites <ul style="list-style-type: none">• <i>Il n'y a pas de raisons scientifiques de limiter le nombre global de patients admis en traitement à la Méthadone, à condition qu'ils répondent aux critères d'indication</i>	2.3	Limites <ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i>
3.	Quelle est la place des autres traitements de substitution ? <ul style="list-style-type: none">• <i>A l'exception de la Buprénorphine (Temgesic) aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante</i>	3.	Quelle est la place des autres traitements de substitution ? <ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i>
4.	Quelles sont les modalités du traitement médicamenteux ? En quoi influencent-elles les résultats thérapeutiques ?	4.	Quelles sont les modalités du traitement médicamenteux ? En quoi influencent-elles les résultats thérapeutiques ?
-	<ul style="list-style-type: none">• <i>Les traitements à la Méthadone sont généralement des traitements de moyenne durée (2-5 ans) ou sans durée déterminée</i>	-	<ul style="list-style-type: none">• <i>Les traitements à la Méthadone peuvent être des traitements de moyenne durée (2-5 ans) ou sans durée déterminée</i>



-	<ul style="list-style-type: none">• Les dosages généralement recommandés en début de traitement sont de l'ordre de 30 à 40 mg/jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg/jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle• L'administration doit se faire sous la forme orale la plus adéquate, ne pouvant donner lieu à une déviation de l'usage.• En début de traitement et jusqu'à stabilisation, la prudence recommande que le patient absorbe quotidiennement sa dose en pharmacie ou dans un centre spécialisé.• L'absorption occasionnelle d'héroïne ne peut constituer une raison d'arrêt de traitement ou de diminution de dose.• Certaines associations médicamenteuses peuvent nécessiter une adaptation des doses.	-	<ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i> • <i>idem</i> • <i>idem</i> • <i>idem</i>
-	<ul style="list-style-type: none">• L'absorption occasionnelle d'héroïne ne peut constituer une raison d'arrêt de traitement ou de diminution de dose.• Certaines associations médicamenteuses peuvent nécessiter une adaptation des doses.	-	<ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i>
-	<ul style="list-style-type: none">• Les traitements rapidement dégressifs (3 semaines-3 mois) connaissent également leurs indications. Elles sont généralement associées à un changement de milieu avec réduction de l'exposition des patients à l'héroïne.	-	<ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i>
-	<ul style="list-style-type: none">• En cas de grossesse, il n'est pas recommandé d'interrompre le traitement à la Méthadone mais la prise en charge de cette situation exige une compétence spécifique.	-	<ul style="list-style-type: none">• <i>idem</i>
5.	En quoi le cadre thérapeutique influence-t-il le résultat du traitement ? Les traitements de substitution doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement spécifique ?	5.	En quoi le cadre thérapeutique influence-t-il le résultat du traitement ? Les traitements de substitution doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement spécifique ?

-	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'accessibilité au traitement à la Méthadone doit être accrue en fonction des besoins et inclure les intervenants de première ligne (médecins généralistes et psychiatres, pharmacies, centres de santé) tout en respectant les nécessités d'une pratique médicale responsable.</i> 	-	<ul style="list-style-type: none"> • <i>idem</i>
-	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'encadrement du patient et le soutien psychosocial sont les facteurs essentiels d'amélioration des résultats thérapeutiques des traitements à la Méthadone. Le soutien doit être adapté aux besoins individuels des patients. Ceux-ci peuvent être traités soit dans un centre multidisciplinaire, soit par un médecin généraliste ou spécialiste.</i> • <i>Ces médecins doivent avoir acquis la formation nécessaire et veiller à l'entretien des connaissances, par exemple, par la pratique de l'intervision clinique.</i> 	-	<ul style="list-style-type: none"> • <i>idem</i> • <i>Idem</i>
-	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ils doivent être soutenus par une relation fonctionnelle avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins aux toxicomanes, afin d'éviter notamment un isolement préjudiciable à la pratique du médecin.</i> 	-	<ul style="list-style-type: none"> • <i>idem</i>
-	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Afin de permettre une évaluation permanente plus aisée et d'éviter les doubles prescriptions, les traitements à la Méthadone devraient être enregistrés par une instance ad hoc, dans le respect du secret médical et de la loi sur la protection de la vie privée. A cette fin, un système d'encodage approprié devrait être élaboré</i> 	-	<ul style="list-style-type: none"> • <i>idem</i>

Le nombre réduit de modifications apportées au texte de la Conférence de Consensus souligne sa très large acceptation par l'ensemble des intervenants dans le champ de la toxico-thérapie.

4. PROPOSITIONS COMPLEMENTAIRES AU TEXTE DE LA « CONFERENCE DE CONSENSUS METHADONE »

Le texte suivant fournit un ensemble de recommandations générales qui ont été émises par le Groupe de Travail et jugées essentielles.

Certaines recommandations reprennent, en les précisant, des éléments déjà énoncés dans le texte de la Conférence de Consensus, car jugés fondamentaux étant donné le suivi réalisé. D'autres recommandations sont nouvelles et destinées aux praticiens comme aux Autorités Publiques.

Ce texte constitue donc des commentaires additionnels synthétiques et concerne la pratique individuelle, les relations entre praticiens et les systèmes d'enregistrement.

4.1 Propositions complémentaires concernant la pratique individuelle

1. Ne pas prescrire plus de 30 mg en début de traitement comme dose initiale. En effet, tout praticien doit évaluer le risque de ne pas prescrire immédiatement de la Méthadone, par rapport à celui de prescrire dans l'urgence, à un usager de drogues, non dépendant.

La résolution de ce dilemme, proposée par le groupe d'experts, consiste, de façon pratique, à ne prescrire pour le premier jour qu'une dose faible de 30 mg et de vérifier son effet chez le patient. De fait, si le patient déclare avoir dormi plusieurs heures ou ressenti une grande somnolence, on peut être assuré qu'il n'y a pas de sévère dépendance. Quitte alors au médecin de modifier son approche pharmacologique. Il y a aussi, dans cette situation spécifique, une alternative : une indication de prescription de Buprénorphine, ce psychotrope combinant des effets agonistes et antagonistes aux opiacés.


2. Revoir le patient en consultation si possible encore le jour même de la première consultation où la Méthadone fut prescrite ou, au plus tard, 48 heures après, pour évaluer la réaction du patient et l'adaptation des doses.

3. Eviter de prescrire des doses, à emporter par le patient, en début de traitement. Rédiger la prescription de façon claire en ce sens.

La notion de début de traitement est délicate à préciser ainsi que celle de stabilisation. Cependant, un délai minimal de 6 semaines paraît raisonnable pour définir la notion de période de " début de traitement ". Des exceptions, notamment dans le cas du maintien de l'insertion sociale, à la prise en charge, sont envisageables. Ainsi, un toxicomane fortement dépendant mais exerçant une activité professionnelle qui l'astreint à un rythme régulier de présence sur le lieu de travail, pourrait être pénalisé par une visite quotidienne en pharmacie. Il bénéficierait dès lors d'une mesure lui permettant d'emporter des doses (p.ex. pour la semaine) à domicile.

4. La prescription de psychotropes autres que la Méthadone ou la Buprénorphine dans un traitement de substitution est à éviter (hormis le cas de double diagnostic nécessitant un traitement par psychotropes spécifiques).

Certains psychotropes sont dangereux dans l'immédiat et sont susceptibles de produire des dépendances. Il fut confirmé que le Flunitrazepam (Rohypnol à ou le Vesparax à) qui ont des effets inhabituels, paradoxaux, surtout de stimulation excessive chez les toxicomanes,



sont à proscrire. Par ailleurs, la prescription de ces substances ne constitue en rien un traitement de substitution.

5. Toujours informer le patient sur les risques encourus par son entourage. Lui rappeler de ne pas laisser traîner le médicament afin de le mettre hors de portée des enfants. Par exemple : ne pas le mettre dans le frigo, ...). Il est recommandé de délivrer la substance dans un conditionnement susceptible de résister à l'ouverture par un enfant.

6. Le nombre de patients pris en charge en même temps par un praticien ne peut être fixé d'autorité, aucune évaluation ne démontrant d'ailleurs une relation entre la qualité des soins et l'étendue de la clientèle. Toutefois, un nombre anormalement élevé (quelques dizaines) entraîne généralement un épuisement du praticien dommageable aussi pour ses patients. Cette pratique est à déconseiller.

7. Tout traitement de patients toxicomanes ne donne des résultats qu'à moyen ou long terme, les abandons prématurés étant le signe d'une défaillance du processus thérapeutique. Le praticien doit, de ce fait, favoriser la rétention en traitement.

8. Il est souhaité que le praticien participe à un système d'enregistrement. Il veillera ainsi à recueillir de son patient des éléments d'information qui permettent l'évaluation de l'évolution de la cure. Une anamnèse classique est à compléter utilement par des modèles d'enregistrement clinique plus standardisés.

9. L'éparpillement de la clientèle implique qu'un grand nombre de praticiens auront très peu de patients toxicomanes dans leur clientèle.


Si cette évolution favorise la liberté de choix du praticien et du toxicomane, elle pose des problèmes d'organisation du " système de soins ", notamment dans la formation continue.

Une réflexion des instances concernées devrait dégager des pistes raisonnables pour améliorer les échanges d'information de et vers ces nouveaux praticiens qui prennent en charge un très petit nombre de toxicomanes. Par exemple, la mise en œuvre d'un processus de formation " allégée " selon une méthodologie à élaborer (Bulletin d'information, cassettes audio/vidéo...)

4.2 Propositions complémentaires concernant les relations entre praticiens

10. L'intervision est un processus à stimuler mais elle n'est réaliste, en pratique, que pour des praticiens qui ont un nombre suffisant de patients en cure de substitution. Pour ceux qui n'ont que peu de cas, la charge de travail d'une intervention n'est pas réaliste .

11. Même sans fonctionner de façon structurée dans un " Réseau " pluridisciplinaire, tout praticien prescripteur de Méthadone tire avantage pour lui et son patient de la concertation avec des confrères



expérimentés. La présentation de cas et de problèmes spécifiques et leur discussion avec d'autres praticiens font partie intégrante du bon déroulement du processus thérapeutique dans lequel s'engage le médecin qui prend en charge des toxicomanes.

12. Le développement de " Réseaux " de praticiens existants et la promotion de nouveaux réseaux dans toutes les régions du pays doit permettre d'améliorer la qualité des soins. En réduisant les abandons de cure et en favorisant l'adaptation individuelle du traitement, la pratique en réseau mérite l'attention et le soutien matériel des pouvoirs publics.

13. Une concertation locale des pharmaciens d'officine et des praticiens doit être promue par les instances et les groupements professionnels concernés.

14. Le rôle du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de Santé Publique à part entière dans la prise en charge des toxicomanes, doit être soutenu par toutes les instances concernées. Il constitue, en effet, un maillon essentiel du processus thérapeutique actuel dans son contact répété privilégié avec le patient toxicomane. Son implication dans des programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues doit se poursuivre et être encouragée. Il apparaît aussi comme élément clé des systèmes d'enregistrement de données épidémiologiques de la toxicomanie en Belgique.

15. Il faut encourager les relations entre praticiens et médecins pénitentiaires. Il s'agit notamment de faciliter la poursuite des contacts entre le médecin traitant et le patient incarcéré.
Il y a lieu de prévoir avant la sortie de prison une couverture sociale appropriée.

16. Le développement de centres pluridisciplinaires doit être soutenu et ne doit pas être oblitéré par l'extension de la prise en charge en cabinet privé. Le maintien de la diversité des choix de prises en charge constitue une garantie de la qualité des soins.

17. Un processus d'autorégulation du corps médical avec, en particulier, un développement de forums, de séminaires ou de colloques, ainsi que la promotion de recherches et d'évaluations dans le domaine, à la fois de façon locale et plus élargie, constituera une garantie d'une amélioration des traitements de la toxicomanie, en général, et des prises en charge substitutives, en particulier.

18. Les praticiens considèrent que les instances concernées doivent avoir les moyens ad hoc pour intervenir lors du constat d'écarts notables aux normes du consensus.

19. La formation continuée des praticiens doit être soutenue dans des programmes " ad hoc " (p.ex. interuniversitaires ou des sociétés scientifiques de médecine générale), sans oublier l'amélioration de

l'information en Santé Publique. Un inventaire des possibilités actuelles existe et est diffusé par des Organismes de Coordination (p.ex. Alto). Les changements qui interviennent dans la délivrance en officine, les procédures de remboursement, les types de conditionnement et toute pratique des officines relative à la délivrance de Méthadone ou de Buprénorphine doivent faire l'objet, par les instances concernées, d'une information organisée régulièrement à destination des praticiens.

4.3 Propositions complémentaires concernant les systèmes d'enregistrement

Les systèmes d'enregistrement de la toxicomanie en Belgique doivent être développés et coordonnés :

- L'anonymat du patient doit être respecté par l'adoption d'une solution technique (p.ex. traduction mathématique du nom et de la date de naissance en un code unique pour chaque patient avec l'impossibilité de connaître le nom à partir du code).
- Les systèmes actuels mis en place par l'Inspection Générale de la Pharmacie et les Commissions Médicales Provinciales doivent bénéficier d'un renforcement de leurs moyens techniques, notamment au niveau de la saisie des données et leur encodage, défaillante actuellement.
- La coordination des systèmes entre les provinces doit se faire avec l'élaboration d'un système fédéral standardisé.
- Une procédure informatique impliquant les officines dans l'encodage des données en continu est indispensable

La recherche évaluative des pratiques thérapeutiques dans le domaine des toxicomanies, y compris le traitement de substitution, est notoirement insuffisante en Belgique. Les autorités compétentes devraient soutenir des programmes de recherche évaluative.

5. LISTE DES PARTICIPANTS AU « SUIVI DE LA CONFERENCE DE CONSENSUS » (MEMBRES OFFICIELS OU PERSONNES INVITEES)

ANSOMS S.
BABELIOWSKY Mme
BAETENS Ch.
BAILLEUX B.
BECKERS R.
BERTRAND J.A.
BERTRAND H.
BILS I.
BLEIS J.
BOGAERT M.
BROHEE J.P.
BROECKHOVEN K.
BROECKX, D.
CLAEYS, Fr.
CORNELY M.H.

DORMAL Ch.
DUPONT, N.
FAGNART J.R.
FIGIEL Ch.
FINNE Cl.
GILLARD C.
GILLES D.
GOOVAERTS J.
GOYVAERTS G.
HACHE R.
HERS D.
HOFFMAN A.
JACQUES J.P.
JAMOULLE M.
JACOBS I.

NOIRFALISE A.
PAPAGIORGIU C.
PELC I.
PHILLIPPART F.
PICARD E.
PONSER P.
RAEDEMAEKER A.
REISINGER M.
RENARD I.
RENARD J.
ROUSSAUX J.P.
SCHEIRE P.
SEGRS J.M.
SURIN L.
TODTS S.

DAL E.
DECOURRIERE M.
DELAMINE C.
DELMEIRE F.
DELOS M.
DEMEYERE M.
DENIS B.
DERUYVER B.
DESMECHT R.
DE THIBAUT DE BOISINGHE I.
DEVER L.
DEVLEESCHOUWER G.
DEWILDE L.
DEWINTER, Ch.
DIRICK P.

KENIS P.
LAFONTAINE J.B.
LE BON O.
LEDOUX Y.
LEDURE G.
LEONARD M.
LEQUEUX Ph.
LUYCKX M.
MACHIEL K.
MARCHAL N.
MARCHANDISE Th.
MARINELLO M.
MERCCKX F.
MEUNIER J.
NICAISE P.
NIMMEGEERS H.

TORBAY H.
VAN ACKER J.
VAN REUSEGHEM
VANDENBOSCH B.
VAN DEN BROUCK
VAN DER BRUGGE
VAN GHELUWE T.
VAN HOLDER B.
VAN HOUTTE L.
VANDENBOSCH B.
VANDER STICHELI
VANMOL F.
VERHOEVEN J.P.
VRIJDEERS A.M.
WILLEMS J.L.

6. FEDERATIONS BELGES TRAVAILLANT DANS LE CHAMP DE LA TOXICOMANIE.

Pour plus de renseignements sur les institutions spécialisées dans la prise en charge d'usagers de drogues, voici les coordonnées des quatre associations locales

Pour la communauté française, le C.C.A.D.

Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues
Rue de la Concorde, 56
1050 Bruxelles
Tél. 02/512.07.92
Fax 02/512.97.37
Email Luc.Bils@skynet.be

Pour la communauté flamande, le V.A.D.

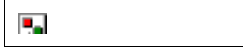
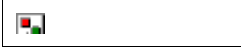
Vereniging voor Alcohol- en andere Drug-problemen
E. Tollenaerstraat 15
1020 Brussel
Tél 02/423.03.33
Fax 02/423.03.34
Email onderzoek@vad.be

Pour la communauté germanophone, l'A.S.L.

Arbeits Gemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung
Hostert, 21
4700 Eupen
Tél 087/74.04.72
Fax 087/74.04.72
Email ASL@skynet.be

Pour la région bruxelloise, le C.T.B./O.D.B.

Concertation Toxicomanie Bruxelles
Rue du Champ de Mars 25/6
1050 Bruxelles
Tél 02/289.09.60
Fax 02/512.38.18
Email Mark.vandeverken@arcadis.be



 Site monitored by WebGuide - Hitwatchers Light